

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 198

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 juin 1882, à 1 heure,

PAR ANDRÉ GUESDRON,

Né à Dunet (Indre), le 26 janvier 1858.

DE LA POLLAKIURIE

DANS LE MAL DE BRIGHT.

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
HALLOPEAU, RICHELOT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HAILLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ARMAND ET JOSEPH

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE POITIERS.

A M. LE DOCTEUR QUINQUAUD,
Médecin des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR HALLOPEAU,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M LE PROFESSEUR PETER,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital la Charité,
Officier de la Légion d'honneur.

DE LA

POLLAKIURIE

DANS LE MAL DE BRIGHT

INTRODUCTION

C'est en suivant la visite hospitalière de M. le D^r Dieulafoy, en entendant notre excellent maître insister sur ces cas assez fréquents de mal de Bright où le malade tout en ne rendant dans les vingt-quatre heures qu'une urine normale comme quantité, se voit contraint de se lever souvent la nuit pour satisfaire à un besoin impérieux de miction ; c'est en entendant créer pour désigner ce phénomène pathologique le mot pollakiurie (πολλάκις, souvent) que l'idée nous est venue d'en faire le sujet de notre thèse.

Notre tâche nous a été rendue facile par les conseils bienveillants de notre chef et aussi par le mémoire intéressant qu'il a fait paraître dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 mai dernier.

Nous avons puisé abondamment à cette source qui constitue jusqu'à présent la seule étude sérieuse de la question.

Nous possédons treize observations; les unes mises à notre disposition dans le service, d'autres empruntées à la publication de M. le D^r Dieulafoy, d'autres enfin, fournies par nos amis des hôpitaux, forment la base de ce travail.

Ne voulant étudier que la pollakiurie dans le mal de Bright, nous n'avons en vue, dans cette étude, que les cas de néphrites chroniques où la fréquence de la miction est indépendante de la quantité des urines, celle-ci pouvant être augmentée, diminuée ou simplement normale.

Nous éliminerons ainsi les affections comme la glycosurie et le diabète insipide, où la fréquence de la miction est la conséquence directe de la sécrétion exagérée du rein. Autrement dit, nous laissons de côté les troubles de sécrétion, polyurie, anurie, etc., et nous limitons le cadre de notre étude au trouble d'excrétion, pollakiurie.

Nous avons cru devoir, dans un court chapitre d'historique, mentionner les rares auteurs qui ont entrevu le symptôme qui nous occupe; montrant par là que son observation date d'hier et que malgré sa fréquence il est presque complètement passé inaperçu.

Nous étudierons ensuite le symptôme en lui-même, son mode d'apparition, l'époque de la maladie à laquelle on l'observe, et les éléments qui s'y joignent parfois.

Nous résumerons en quelques lignes sa pathogénie toute hypothétique.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous établirons le diagnostic des maladies qui portent sur la partie inférieure des organes urinaires, ou qui, tout en respectant ces organes, donnent naissance à des troubles de la miction se rapprochant de ceux observés dans le mal de Bright. Il n'est pas besoin d'insister sur l'utilité de cette étude différentielle, surtout si la pollakiurie peut parfois être le premier symptôme d'une altération du rein.

Avant d'aller plus loin, nous devons remercier M. le professeur Peter d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis d'exprimer à M. le D^r Dieulafoy, qui nous a aidé de ses conseils et appuyé de son bienveillant contrôle, l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous adressons également nos remerciements à M. Soyer, interne du service, pour l'empressement tout spontané avec lequel il a mis à notre disposition la plupart des observations que nous reproduisons dans cette thèse.

HISTORIQUE

En parcourant la littérature médicale étrangère, nous n'avons pu trouver qu'un auteur anglais et un auteur allemand relatant des cas ayant trait au sujet qui nous occupe.

Christison le premier (On granular degeneration of the Kidneys, page 26, London, 1839, et Edinb. med. and surg. Journal. vol. XXXVII, p. 26), constate les envies fréquentes d'uriner dans le mal de Bright et la sensation douloureuse qui parfois les accompagne : mais, pour lui, les mictions répétées sont directement sous la dépendance de la polyurie.

Il en est de même de Dickinson, qui s'exprime ainsi : (On the pathology and treatment of albuminuria, London 1868, p. 128.) « Un des premiers symptômes qui peut faire penser à la dégénérescence granuleuse du rein, c'est l'augmentation de la quantité d'urine qui est pâle et d'une densité spécifique faible. Elle est évacuée plus fréquemment qu'à l'état normal, spécialement pendant la nuit, apparemment à cause de l'augmentation de sa quantité et non parce qu'elle a acquis des propriétés irritantes spéciales. »

Rosenstein (Traité pratique des maladies des reins, traduction de MM. les docteurs Labadie-Lagrave et

Bottentuit, 1874, p. 140), à propos de la néphrite diffuse chronique, s'exprime ainsi : « Le plus fréquemment c'est une hydropisie étendue qui éveille l'attention ; si l'on interroge avec soin le malade, il vous apprend que depuis longtemps déjà il est obligé d'uriner fréquemment, même la nuit, que l'urine a été d'abord peu abondante, parfois d'une coloration rouge et que dans la suite elle est devenue plus copieuse et plus claire. »

En France, Rayet (Traité des maladies des reins, Paris, 1839-42), à propos de la néphrite aiguë non albumineuse, cite des cas où la vessie avait été le siège principal des douleurs qui accompagnaient de fréquentes envies d'uriner. Puis, passant à l'étude de la néphrite albumineuse, il critique l'opinion de Christison en disant que l'émission des urines se fait sans douleur et que celle-ci n'apparaît que dans les cas où il existe une affection concomitante de la vessie et dans ceux, plus rares encore où des concrétions fibrineuses passent difficilement de sa cavité dans le canal de l'urèthre.

Lecorché (Traité des maladies du rein, p. 387) reprend la question et signale la fréquence du symptôme. « Les douleurs lombaires, dit-il, souvent s'accompagnent de troubles dans la miction ; les émissions d'urine sont devenues fréquentes et incommodes. Le malade est obligé de se lever quatre ou cinq fois la nuit pour uriner. Sur 68 cas de néphrites interstitielles, Dickinson vit treize fois la miction fatiguer énormément le malade. C'est le plus souvent pour ces troubles, plus encore que pour la

douleur rénale qu'il vient consulter le médecin. Comme ces troubles se relient aussi à d'autres maladies des voies urinaires (rétrécissement de l'urèthre, maladies de la prostate ou de la vessie) qui souvent sont cause de la néphrite interstitielle, il peut se faire qu'à ce moment cette maladie soit tout à fait méconnue.

Il existe, dit Jaccoud (Path. int., p. 77), quelques cas rares où le début de la maladie est révélé par une insomnie causée par la nécessité d'uriner plusieurs fois dans la nuit. La quantité d'urine n'a pas sensiblement augmenté, la miction est peu abondante mais fréquente.

Lancereaux (Dict. des sciences médicales. Art. rein p. 203) signale un besoin fréquent et pénible d'uriner qui est l'effet d'une polyurie assez abondante parfois pour troubler le sommeil.

Niemeyer (Path.) mentionne le fait.

Enfin dans l'article le plus récent paru sur le rein, Labadie-Lagrave (Dict. pratique, p. 794), dit simplement que les brightiques sont réveillés par leur polyurie.

Dans un ouvrage plus récent encore, Wagner (Der morbus Brightii, 1882), passe le fait absolument sous silence.

ETUDE DES SYMPTOMES

Avec M. le D^r Dieulafoy nous diviserons la pollakiurie en précoce, tardive et douloureuse. Seulement nous ferons remarquer que tantôt l'émission fréquente des urines constitue un symptôme primitif et passager du mal de Bright empruntant ainsi à son époque d'apparition une très haute valeur sémiologique ; tantôt son existence coïncide nettement avec la phase d'état de la maladie grossissant le cortège symptomatique de la néphrite, tantôt enfin la pollakiurie précoce disparaît pendant quelque temps pour reparaître ensuite.

On nous pardonnera d'avoir publié des observations parfois très longues ; nous avons cru devoir agir ainsi pour ne changer en rien le groupe des symptômes observés.

Du reste nous ferons suivre chaque observation de courtes réflexions résumant les points particulièrement intéressants :

A. *La pollakiurie précoce* est celle qui accompagne les premiers symptômes du mal de Bright. Elle coïncide, le plus souvent avec les troubles de la vue, de l'ouïe, les battements de cœur, les maux de tête,

la polyurie, précédant quelquefois les œdèmes fugaces, la bouffissure de la face.

M. le D^r Dieulafoy a publié les deux cas suivants :

OBS. I. — M. V..., âgé de 28 ans, se plaint de violentes céphalalgies; depuis deux mois il a de légères épistaxis, le matin, en se levant, il mouche une petite quantité de sang. Il a remarqué que depuis plusieurs semaines il est pris de fréquentes envies d'uriner, bien que la quantité des urines ne soit pas accrue; il se lève quatre et cinq fois par nuit, lui à qui cela n'arrivait jamais. En cherchant bien dans ses souvenirs il se rappelle avoir traversé une phase analogue, il y a deux ans. A cette époque il avait eu également de petites épistaxis et de la pollakiurie. En reconstituant son observation, on finit par se convaincre que sa maladie remonte au moins à deux ans. Depuis cette époque il a eu, par intervalle, des douleurs lombaires qu'il prenait pour du lumbago, des céphalalgies qu'il appelait des migraines, des troubles auditifs passagers, des accès d'oppression qu'on avait pris pour de l'asthme; mais comme ces symptômes avaient peu de durée et peu d'intensité, il ne s'en était pas autrement préoccupé. Ce qui le gêne le plus actuellement, c'est la pollakiurie; il n'a pas de polyurie et l'urine ne contient que trente centigrammes d'albumine par litre.

OBS. II. (De M. le D^r Dieulafoy.) — M^{me} D..., âgée de 52 ans, se plaint depuis six mois d'envies

fréquentes d'uriner ; par moments les mictions deviennent si fréquentes, la nuit surtout, que Mme D... se lève 8 et 10 fois pour uriner et chaque fois en très petite quantité. La totalité des urines recueillies en vingt-quatre heures ne dépasse pas 1,200 grammes. Il y a donc pollakiurie sans polyurie. L'analyse des urines que je donnerai plus en détail ne décele que quelques traces d'albumine.

Le symptôme pollakiurie est tellement dominant qu'il apparaît comme le signe unique d'une maladie de Bright commençante; mais en interrogeant avec soin la malade, on voit qu'elle a eu à plusieurs reprises des bourdonnements d'oreilles, et l'ouïe du côté gauche est notablement affaiblie.

Elle a eu de légères épistaxis, des crampes dans les jambes et de fréquentes démangeaisons du bras et de la main gauche. A l'auscultation du cœur, on trouve un léger bruit de galop.

Voici deux analyses des urines faites à neuf mois de distance par M. Yvon.

Analyse du 6 août.	Analyse du 31 mai.
Aspect : transparent.	Légernuage qui tombe au fond du vase.
Réaction : peu acide.	Peu acide.
Densité : 1020.	1019.
Urée : 24,36.	17,67.
Sucre : 0.	0.
Albumine : traces indosables.	18 centigrammes par litre.

Obs. III. (Inédite). — Henry D..., 72 ans, tourneur.

Au mois de septembre 1881, dyspnée assez intense s'établissant d'une façon lente, sans point de côté, ni vomissements, ni fièvre, et disparaissant au bout de cinq à six semaines.

Vers la fin de décembre, épistaxis abondante qui ne s'est pas renouvelée depuis. Le malade a de la pollakiurie. Il se lève souvent la nuit, mais urine peu chaque fois.

Au mois de janvier, œdème des membres inférieurs. Il entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, n° 23.

L'œdème des jambes a disparu, mais les bourses sont encore œdématiées. Pas d'œdème des paupières.

La région lombaire n'est douloureuse ni à la pression, ni spontanément.

Aucun trouble digestif, pas de vomissements, digestions assez bonnes. Constipation.

La vue est bonne. Rien du côté de l'ouïe.

La miction est restée fréquente. Il y a toujours de la pollakiurie, mais pas de polyurie. La quantité de l'urine des vingt-quatre heures s'élève à 1,100 grammes. L'acide nitrique donne un précipité abondant d'albumine.

Rien au cœur. Rien à la prostate.

19 février. L'analyse des urines donne 1,40 d'albumine par litre. Comme le malade, tout en restant pollakiurique ne sécrète plus d'un litre par vingt-quatre heures, ce chiffre d'albumine représente la quantité rendue chaque jour.

Henry D... ne reste que quelques jours à l'hôpital: nous l'avons perdu de vue depuis.

OBS. IV. (Inédite). — M..., 69 ans, mécanicien, entre le 2 juin à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Maurice, service de M. le D^r Albert Robin.

Cet homme fait remonter l'histoire de sa maladie au mois de décembre 1881, époque à laquelle il aurait éprouvé de grandes privations. Il a commencé alors à perdre ses forces, à maigrir et a traîné ainsi jusqu'au 2 juin 1882, jour où il est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe).

Etat actuel. — Le malade est pâle et amaigri. Il se plaint de céphalalgies passagères, de démangeaisons cutanées, et de violentes douleurs dans les reins. Il est si faible qu'il ne peut à peine marcher.

Il raconte qu'il y a trois mois il a été pris d'accès de suffocation qui le firent tousser et cracher beaucoup. A la même époque, il a éprouvé des envies fréquentes d'uriner qui l'obligeaient à se lever jusqu'à huit fois la nuit.

Il fait remarquer que la quantité de ses urines n'avait pas augmenté pour cela. En ce moment il urine environ sept fois le jour et autant la nuit, mais toujours très peu chaque fois, et il émet de 1,500 à 2,900 grammes d'urine par vingt-quatre heures. Il est toujours altéré, boit beaucoup à ses repas et pendant la journée.

L'urine est pâle, décolorée, et contient des traces notables d'albumine.

Densité, 1,008. Pas de sucre.

Le malade présente des signes d'emphysème pulmonaire. Son cœur est hypertrophié. Pas de bruit de galop. Rien à la prostate.

Ce malade évidemment brightique a de la pollakiurie précoce. Les œdèmes n'ont pas encore paru.

B. *Pollakiurie tardive*. — Chez certains malades, la pollakiurie n'apparaît qu'à une période avancée de la maladie, au moment où le diagnostic ne laisse plus aucun doute. Tantôt elle constitue le seul trouble de l'excrétion urinaire, tantôt elle s'accompagne d'une sensation douloureuse spéciale sur laquelle nous insisterons plus loin. Nous osons même dire d'après nos observations que c'est là le fait ordinaire, puisque, à part le cas observé par M. le Dr Dieulafoy et publié dans la Gazette hebdomadaire, nous n'avons pu trouver chez nos brightiques de pollakiurie tardive non douloureuse.

OBS. V. (Gazette hebdomadaire, Dr Dieulafoy). — Mme G... a été atteinte au mois de décembre 1879 d'une scarlatine grave accompagnée de néphrite et d'albuminurie. M. le Dr Weber qui a soigné Mme G... pendant sa fièvre scarlatine, à Amélie-les-Bains, a plusieurs fois pratiqué le dosage de l'albumine et a eu l'extrême obligeance de me faire parvenir en détail la première partie de cette observation.

Après la période aiguë caractérisée par l'anasarque, l'albuminurie, les accès d'oppression, etc.,

Mme G..., éprouve une notable amélioration, et pendant trois mois voyage, se croyant complètement guérie. Mais bientôt, à la poussée aiguë du début succède une phase chronique à marche insidieuse et latente. Arrivée à Paris au mois de mars, Mme G... est prise d'envies si fréquentes d'uriner, qu'elle se lève la nuit douze et quinze fois, ce qui provoque une véritable insomnie. La sécrétion urinaire est au-dessous de la moyenne. La malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire gauche, d'engourdissement et de fourmillements au bout des doigts, de nausées, de céphalalgie. Pendant deux jours, je constate un œdème localisé au pied, à la jambe et à la région lombaire du côté gauche.

L'analyse des urines faite par M. Yvon donne le résultat suivant :

Aspect : trouble.

Réaction : très acide.

Densité : 1028.

Urée : 21,66.

Sucre : 0.

Albumine : traces.

Le régime lacté est très mal toléré; la malade prend à peine un litre de lait par jour; le nombre des mictions est toujours très élevé et la sécrétion urinaire est abaissée au point qu'il n'y a pas un demi-litre d'urine en vingt-quatre heures.

Sur ces entrefaites éclatent des accidents nerveux fort graves. La sécrétion urinaire est complètement

Guesdron.

supprimée, la céphalalgie est violente et accompagnée de somnolence et de torpeur.

M. le D^r Dieulafoy fait remarquer à la fin de son observation que la pollakiurie tardive coïncide avec un abaissement graduel des urines.

C. Pollakiurie douloureuse. — La pollakiurie peut être douloureuse, et cela très souvent qu'elle soit précoce ou tardive, qu'elle coïncide avec de la polyurie ou avec des urines de quantité normale.

Dans la plupart de nos observations, nous avons retrouvé cette sensation pénible de la miction, une sorte de constriction du sphincter vésical accompagnant l'émission des dernières gouttes d'urine.

Chose bizarre: nous avons surtout trouvé la pollakiurie douloureuse chez la femme. A chaque fois l'examen consciencieux de la malade nous a permis d'affirmer qu'il n'existait ni tubercules ni calculs.

Chez l'homme, que la disposition anatomique de ses organes génito-urinaires semble vouer de préférence aux troubles de la miction, nous avons pratiqué le toucher de la prostate et l'examen du canal uréthral. C'est après mûres réflexions, en tenant compte des nombreux éléments de diagnostic que nous examinerons tout à l'heure, qu'il nous a été permis de conclure que les symptômes par nous observés étaient sous la dépendance directe du mal de Bright.

Obs. VI. (Inédite). — Léontine M..., 24 ans, passémentière entre le 4 mars 1882, salle Nélaton, n° 13.

Malade très nerveuse, s'impressionne facilement, rit et pleure sans motif; tout cela depuis son enfance.

En 1870, elle eut un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui la retint au lit pendant six semaines.

Depuis cette époque, la malade n'a pas eu d'attaque bien caractérisée, mais a souvent ressenti des douleurs vagues dans les jointures. Elle a éprouvé également des palpitations fréquentes revenant par accès, elle est devenue courte d'haleine et est prise d'essoufflement à l'occasion de la moindre fatigue.

En 1872, apparition d'un œdème aux membres inférieurs, œdème se manifestant à l'occasion d'une marche et cessant par le repos. Depuis ce temps, cet œdème est revenu deux ou trois fois par an et s'est accompagné, il y a quelques mois de la bouffissure de la face. A cette époque apparaît une céphalalgie tantôt frontale, tantôt occipitale, d'abord légère, puis plus intense.

Il y a deux ans et demi la vue a commencé à baisser du côté droit. Depuis six mois, la malade éprouve dans la journée de fréquentes envies d'uriner.

Elle est obligée de se lever jusqu'à huit à dix fois par nuit, mais chaque fois les mictions sont peu abondantes. Pendant qu'elle urine, la malade éprouve des douleurs lancinantes qu'elle localise dans la vessie et qui l'obligent à arrêter la miction. Ces douleurs persistent après la miction pendant dix minutes environ, surtout quand la malade marche.

Elle raconte que certains jours elle urinait beaucoup et qu'elle ne souffrait pas.

Jamais d'hématurie; les gencives saignent souvent et facilement.

Il y a trois ou quatre mois, troubles sensitifs cutanés, fourmillements dans les jambes, démangeaisons dans la région lombaire. Enfin quelques jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a de la bouffissure de la face, qui disparaît rapidement. Lors de son entrée, le 4 mars, il n'existe pas d'œdème, pas d'hémorrhagies. La région rénale est douloureuse.

Au cœur, souffle systolique de la pointe.

Urine des vingt-quatre heures 2 litres 1/2. L'examen donne un nuage très léger d'albumine.

Traitement: régime lacté.

20 mars. La malade, qui avait des palpitations, les ressent moins violentes et moins fréquentes. La vue s'est améliorée, mais l'appétit est mauvais, la diarrhée ayant remplacé la constipation habituelle.

Des démangeaisons vives se font sentir dans le creux de la main. La céphalalgie est toujours intense.

La malade rend par jour 1 litre 3/4 d'urine qui, traitée par l'acide nitrique, donne aucun précipité. La pollakiurie a disparu en partie. Il n'y a plus de douleur dans la miction.

On pourra nous objecter en présence de cette observation que notre malade profondément hystérique avait bien le droit d'avoir des troubles sensitifs cutanés, et que peut-être sa pollakiurie était sous la dépendance de la même maladie. D'autre part, considérant que Léontine M... avait eu des rhumatismes et qu'elle gardait au cœur une trace indélébile

d'endocardite, on pourrait mettre l'apparition de l'albumine sur le compte de sa lésion cardiaque.

Cependant, en présence de ces troubles cutanés, du saignement des gencives et surtout de la pollakiurie, M. le Dr Dieulafoy n'hésite pas à poser le diagnostic: mal de Bright.

Nous nous rangeons absolument à l'avis de notre excellent maître. Malheureusement la malade améliorée quitte le service et ne nous permet pas de la suivre plus longtemps.

Nous avons vainement cherché depuis chez des femmes hystériques l'ensemble symptomatique que nous offre cette malade et que nous retrouvons dans les cas de mal de Bright où le diagnostic n'offre pas le moindre doute.

Obs. VII. (Inédite). — Louise M..., 35 ans, blanchisseuse, entre le 4 mars 1882, salle Nélaton, n° 15.

Au mois d'octobre 1880, apparition d'une scarlatine pour laquelle la malade entre à la Pitié, hôpital d'où elle sort guérie le 5 novembre.

Quatre jours après sa sortie, elle eut la fièvre typhoïde pour laquelle elle resta à l'hôpital Tenon jusqu'au 5 janvier. Quelques jours avant de sortir, la malade s'aperçoit que ses chevilles sont légèrement enflées. L'œdème augmente bientôt et gêne la marche; puis apparaît la bouffissure des paupières. Vers la même époque la malade ressent de violents maux de tête. Elle mange mal et remarque que la nuit elle se lève jusqu'à sept ou huit fois pour uriner. La quantité d'urine rendue à chaque miction est très

faible. Cette pollakiurie s'est répétée en décembre 1881 et en janvier 1882, durant chaque fois huit ou quinze jours. En même temps la malade éprouvait à la fin de la miction une cuisson assez violente localisée dans la vessie, et une sensation de constriction très vive durant environ deux minutes. La malade accuse à cette époque des crampes violentes, des démangeaisons qui la font se gratter jusqu'au sang.

Plus tard, elle a des accès d'oppression, surtout la nuit. Il y a huit mois, c'est-à-dire en août 1881, surdité de l'oreille gauche, qui s'est améliorée depuis; diminution d'acuité de la vue qui progresse et l'empêche actuellement de coudre.

Il y a sept mois, en septembre 1881, elle fut prise de vomissements incoercibles pendant quinze jours. Le même phénomène s'est répété en janvier 1882.

Depuis six mois la malade saigne des gencives. Il y a trois semaines, elle a été prise de violentes douleurs de reins qui persistent encore au moment de son entrée à l'hôpital, le 4 mars. Elle a des battements de cœur, sans bruit de galop, ni souffle. Pas de trace d'albumine dans les urines.

On fait le diagnostic : mal de Bright. On traite la malade par le régime lacté, l'acide gallique et le chlorure de sodium.

14 mars. L'œdème des jambes a disparu ; la malade urine 3 litres.

Le 15. 2 litres et demi d'urine, pas de trace d'albumine. 6 grammes d'urée par litre.

Le 16. Saignement des gencives. Céphalalgie

intense. Un peu d'œdème des malléoles. 2 litres et demi d'urine.

Le 17. 3 litres d'urine. Hématémèse légère.

Le 18. 2 litres et demi d'urine trouble. Nausées, accès d'oppression.

Le 19. 3 litres d'urine. Démangeaisons dans les jambes.

Le 20. 3 litres d'urine.

Le 23. 4 litres d'urine.

Le 27. 2 litres d'urine. Syncope.

L'examen des urines révèle pour la première fois 20 centigrammes d'albumine par litre.

Le 30. Les urines tombent à 500 grammes.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. En effet, la constatation de la présence de l'albumine n'a eu lieu qu'à une période avancée de la maladie, alors que tous les symptômes imposaient le diagnostic : mal de Bright.

La pollakiurie a été chez cette malade un des troubles précoces. De plus, elle a été douloureuse dès le début.

A l'heure actuelle où la malade a de la polyurie, les mictions ne sont ni fréquentes, ni douloureuses.

Obs. VIII. (Inédite.) — Emile M..., 25 ans, garçon boucher, entré le 3 mai 1882, salle Saint-Michel, n° 27 dans le service de M. le professeur Laboulbène, suppléé par M. le Dr Troisier.

Cet homme n'avait jamais été malade jusqu'au mois de mai 1876, quand à cette époque en revenant

de faire une longue course, il fut pris de céphalalgie, de vomissements et de douleurs rénales.

Ils'aperçut en même temps que ses parties étaient œdématisées; ses jambes n'enflèrent que plus tard, alors qu'il était dans le service du D^r Maurice Raynaud à Lariboisière où, il est resté six semaines.

Il raconte qu'alors il avait de fréquentes envies d'uriner et qu'après chaque miction il ressentait de vives douleurs au niveau de la vessie.

La quantité d'urine qu'il rendait dans les 24 heures n'équivalait pas, dit-il, à un litre.

Bien qu'il ne fût pas guéri et qu'il eût les jambes encore enflées, il voulut sortir de l'hôpital; mais à peine rentré chez lui il fut obligé de s'aliter et ne se leva qu'au bout de six mois. Le traitement par le régime lacté à cette époque lui procura une amélioration notable.

Au mois de mars 1877, il fut pris de vomissements et de violentes coliques qui se dissipèrent en quelques jours.

En décembre 1878, il eut une hématurie assez considérable et éprouva de nouveau de vives douleurs rénales et abdominales. Il rentra alors à la maison de santé dans le service de M. le D^r Lecorché, d'où il est sorti sensiblement amélioré, le 24 mars suivant.

Il se porta assez bien jusqu'en janvier 1880 où il s'aperçut, en travaillant, que ses mains avaient enflé. Il rentra à Lariboisière dans le service de M. le D^r Constantin Paul, où il est resté deux mois; à sa sortie de l'hôpital, ses mains avaient désenflé, mais ses

urines contenaient encore beaucoup d'albumine.

Quinze jours après il rentrait à Tenon dans le service de M. le Dr Grancher, qui lui fit prendre de l'iodeure de potassium.

Sorti de l'hôpital au mois de mai 1880, il put travailler jusqu'au 28 janvier 1882, époque à laquelle il fut pris de céphalalgie et d'étouffements qui le forcèrent à rentrer à Lariboisière (service de M. le Dr Dugnet). Là il eut de la pollakiurie de nouveau, mais il buvait beaucoup de lait et pissait quatre litres d'urine par jour.

Enfin le 3 mai il entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur, Laboulbène suppléé alors par M. le Dr Troisier.

A son entrée le malade se plaint de céphalalgie et d'étouffements. Pas de vomissements. Les jambes et les parties sont un peu infiltrées. Le malade est pâle et dit avoir saigné du nez abondamment trois jours avant son entrée à l'hôpital.

A l'auscultation du cœur on trouve un bruit de galop très net. Rien dans les poumons. Rien à la prostate.

Le malade qui, en entrant, ne pissait que 1500 grammes d'urine au bout de quelques jours sous l'influence du régime lacté urine plus de deux litres. Il se lève alors jusqu'à sept fois par nuit et raconte qu'à chaque miction il est obligé de faire des efforts et qu'il commence d'abord par uriner goutte à goutte.

Cette douleur qu'il éprouve en urinant et qui existait en 1876 au début de sa maladie, alors que la quantité des urines n'atteignait pas un litre à tou-

jours été pour lui, dit-il, le signe précurseur d'une nouvelle attaque.

Toutes les fois que ses mictions devenaient douloureuses, le malade raconte qu'il savait très bien qu'il allait subir une nouvelle poussée.

La pollakiurie dans cette observation apparaît à trois périodes de la maladie et dans des conditions distinctes. Au début elle est douloureuse et les urines sont normales comme quantité.

Plus tard cette pollakiurie douloureuse reparait et coïncide avec des hématuries.

Enfin dans les derniers temps, la polyurie se manifeste et la douleur dans la miction persiste.

OBS. IX. (Inédite.) — Jean G..., 55 ans, entré le 12^e avril 1882, salle Axenfeld.

Cinq ou six ans avant son entrée à l'hôpital le malade dit avoir souffert de douleurs de reins assez vives qui ont reparu depuis d'une façon irrégulière.

A la même époque il fut pris de polyurie, urinant plusieurs litres en 24 heures. Il se levait alors une fois seulement la nuit.

Il y a quatre ans l'œdème apparut aux membres inférieurs; quelques jours après les paupières furent tuméfiées. A partir de ce moment le malade éprouva des bourdonnements d'oreille, de l'affaiblissement de l'ouïe, de la céphalalgie, des crampes dans les mollets et dans les cuisses. La polyurie persiste, il se lève trois ou quatre fois par nuit. Pas d'hémorrhagies, de troubles de la vue, ni de démangeaisons.

Au bout d'un mois l'œdème disparaît, mais les douleurs de reins persistent et la céphalalgie est remplacée par une pesanteur de tête continue.

L'examen des urines fait à cette époque décèle une quantité notable d'albumine.

Depuis ce temps, chaque année vers le printemps le malade éprouve les mêmes symptômes; néanmoins il y a deux ans il a eu de l'hématurie. A la fin de la miction, il éprouvait une sensation de brûlure assez vive et il urinait quelques gouttes de sang.

Il n'a eu à cette époque aucune autre hémorrhagie.

L'année dernière l'œdème des membres inférieurs a duré quatre mois.

Il y a quinze jours il a été repris d'œdème des membres inférieurs avec taches de purpura.

A son entrée à l'hôpital le 12 avril, on constate les symptômes suivants : oppression, douleurs de reins légères; pas d'œdème, pas de palpitations, les urines sont abondantes. La pollakiurie a disparu. L'acide nitrique précipite fortement l'albumine. A l'auscultation du cœur on entend un bruit de galop.

On fait le diagnostic : mal de Bright; mais le malade quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

Cette observation est moins démonstrative que celles que nous avons déjà rapportées. Le malade a eu de la pollakiurie coïncidant avec de la polyurie, et les mictions douloureuses ont coïncidé avec des épaissements de sang. De plus, le toucher prostatique n'a jamais été pratiqué.

OBS. X. (Inédite.) — Eugénie Ch..., 36 ans, lingère.

Depuis sept ans cette malade n'a pas joui d'une bonne santé. A cette époque elle avait eu un point de côté violent avec toux et fièvre et avait gardé le lit pendant trois mois.

Il y a deux ans la malade a éprouvé des démangeaisons sur les membres et au cou. En même temps elle a eu de la polyurie. Elle se levait souvent la nuit et avait aussi de la pollakiurie. Sa vue s'affaiblit, elle a eu des bourdonnements d'oreille, ses règles étaient supprimées depuis sept ans. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait encore de la pollakiurie et de la polyurie. Elle était tourmentée par des battements de cœur et ses mains étaient comme engourdis.

Quinze jours plus tard apparurent de violents maux de tête occupant surtout la région frontale.

Cette céphalalgie dura trois semaines. A cette époque la malade se trouve très faible et perd connaissance à la suite de la moindre fatigue.

Bientôt apparaissent les vomissements et la diarrhée, puis on observe l'œdème des jambes s'accompagnant de la bouffissure de la face.

Le 5 février, la malade entre à l'hôpital. Elle est pâle, œdématiée, le ventre est ballonné sans ascite, l'appétit est nul, les selles normales, l'urine est fortement albumineuse.

La malade éprouve après chaque miction une douleur cuisante qu'elle localise au col de la vessie.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râ-

les sous-crépitants, surtout à droite et au sommet.

9 février. Urines abondantes, 12 grammes 50 centigrammes d'albumine par vingt-quatre heures. Urée, 17 grammes 50 centigrammes par litre.

Le 12. La malade est reprise de diarrhée.

Le 24. Douleurs vives dans les reins.

Le 31. La diarrhée a reparu : neuf selles.

4 mars. Râles sibilants dans toute la poitrine. Abattement de la malade. Commencement du muquet.

La malade meurt le 10 mars.

A l'autopsie on trouve des tubercules aux deux sommets avec caverné à droite.

Les reins sont gros, blanchâtres. L'enveloppe s'enlève facilement. A la coupe, aspect de néphrite mixte (malheureusement l'examen histologique n'a pu être fait, le garçon d'amphithéâtre ayant jeté les préparations). Le cœur est gros, hypertrophié.

Cette malade brightique et tuberculeuse à la fois n'ayant présenté de pollakiurie douloureuse qu'à une période avancée de sa maladie, nous n'osons pas prendre son observation à l'appui de notre étude. On peut nous reprocher à juste titre de n'avoir pas examiné la vessie.

Obs. XI. (Inédite.) — Rosine R., 29 ans, couturière, entre le 1^{er} octobre 1881, salle Lisfranc, service de M. le D^r Dieulafoy.

Cette malade raconte que trois ans avant son entrée à l'hôpital elle a ressenti de vives démangeaisons dans le creux de la main, à l'épaule et dans

l'aisselle. Le tout seulement du côté gauche. Elle avait à ce moment une sensation très nette de sécheresse de la peau; elle se plaignait de douleurs lombaires, de maux de tête, et d'envies fréquentes d'uriner. Ces phénomènes disparurent au bout de deux mois. Pendant environ un an et demi elle n'éprouva que de légers maux de tête et de légères douleurs rénales.

Cinq mois avant son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine elle accoucha. Enfin, il y a deux mois, la malade commença à éprouver après l'émission des urines une sorte de constriction qu'elle localise à l'utérus, mais qui très probablement a pour siège le col vésical.

A partir de ce moment, le besoin d'uriner se fait sentir quatorze et quinze fois par jour et cinq à six fois environ par nuit. Ce besoin est impérieux, il n'est suivi souvent que de l'émission de quelques gouttes d'urine.

Bientôt à ces troubles d'excrétion se joignent des troubles de sécrétion; la malade n'a pas seulement de la pollakiurie douloureuse, elle a de la polyurie.

Enfin, quelque temps avant de se présenter à nous, la malade s'était aperçue que ses malléoles étaient légèrement enflées, et que ses paupières étaient gonflées le matin. Quelques palpitations se font sentir en même temps qu'apparaissent des douleurs lombaires plus vives et de l'oppression à la marche.

Au moment de son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine, la malade se trouve dans l'état suivant :

Le visage est pâle, les paupières sont légèrement gonflées, pas d'œdème des jambes. Troubles digestifs nuls, battements de cœur. A l'auscultation, bruit de galop localisé à la pointe. Foie normal. Rien dans les poumons. Légers maux de tête, affaiblissement de la vue qui remonte, dit-elle, à cinq mois.

Quantité d'urine, 2 litres et demi. Albumine abondante.

On institue comme traitement : régime lacté; on administre 3 grammes de chlorure de sodium et 15 centigrammes de poudre de digitale, puis on applique des ventouses sèches à la région lombaire.

Le 4 octobre. La malade urine 1 litre $\frac{3}{4}$ contenant 8 grammes d'urée.

Le 6. La quantité d'urine s'élève à 1 litre 650 grammes. Hémorrhagie gingivale.

Le 10. La malade urine 1,800 grammes. Elle raconte que la veille elle a eu des pesanteurs d'estomac, des nausées et a éprouvé un malaise général.

Depuis hier l'émission des urines est suivie de la même sensation constrictive douloureuse; de plus, quoique n'urinant à chaque fois que quelques gouttes, les mictions sont très fréquentes.

Le 12. Les mêmes phénomènes se reproduisent, les démangeaisons cutanées reparaissent, mais la malade urine 2 litres.

Le 14. Les urines sont moins abondantes, mais les mictions continuent à être fréquentes.

La malade reste alors pendant longtemps sans pollakiurie et sans douleurs à la miction. Les autres

troubles propres au mal de Bright persistent ou disparaissent momentanément et la malade à l'époque actuelle, juin 1882, est encore dans notre service.

Nous voyons ici la pollakiurie se montrer longtemps avant l'apparition des œdèmes et constituer un symptôme primitif du mal de Bright.

La douleur à la miction est apparue en même temps que les envies fréquentes d'uriner.

Obs. XII (Inédite). — Louise L..., âgée de 23 ans, demoiselle de magasin, entrée le 26 avril 1882, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, n° 1, dans le service de M. le professeur Hardy.

A 12 ans, a eu la fièvre typhoïde. Elle s'est toujours bien portée depuis cette époque, quant au mois de décembre 1881, sans en connaître la cause, elle s'est aperçue que ses pieds avaient enflé, et que la nuit surtout elle était tourmentée par des envies fréquentes d'uriner sans que pour cela la quantité des urines fût accrue. Le médecin qui la vit à ce moment-là la croyant anémique lui fit prendre du fer. Ne voyant pas d'amélioration se produire sous l'influence de ce traitement, la malade se décida à rentrer à l'hôpital Necker (service de M. le Dr Rigal). Là l'enflure commença à envahir le corps et la tête, et la malade raconte qu'elle urinait environ sept fois la nuit et six fois le jour, mais que chaque miction était peu abondante. La quantité d'urine oscillait entre 1200 et 1500 grammes dans les vingt-quatre heures.

Elle buvait en moyenne trois litres de lait par

jour. Sous l'influence du repos et du régime lacté, elle désenfla et put sortir de l'hôpital Necker dans les premiers jours du mois d'avril.

Elle s'est remise à travailler, mais quinze jours après, elle s'est aperçue que ses jambes étaient encore enflées et que les envies fréquentes d'uriner surtout la nuit avaient reparues. Elle rentra le 26 avril à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Hardy.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade eut une attaque d'urémie qui dura 36 heures. Depuis ce temps-là elle fut prise d'une diarrhée très abondante qui n'a cessé que depuis plusieurs jours.

Etat actuel. — La malade est pâle, un peu amaigrie; elle se plaint de céphalalgie, et d'un obscurcissement passager du champ visuel.

Depuis le commencement de sa maladie, elle raconte qu'elle n'entendait pas de l'oreille gauche. Cette surdité a disparu il y a quinze jours environ. Elle a toussé beaucoup et a eu des accès d'oppression surtout pendant la nuit. Rien dans les poumons.

Bruit de souffle anémique.

Température : 37,2 le matin ; 37,6 le soir.

Elle boit deux litres de lait par jour.

En ce moment la malade urine un peu moins souvent qu'au début de sa maladie, de 9 à 10 fois dans les vingt-quatre heures. La quantité d'urine varie entre 1500 et 2100 grammes.

Aspect : trouble.

Densité : 1008.

Albumine : 2 gr. en moyenne par litre.

Urée : 5 gr. en moyenne par litre.

Obs. XIII. — (Communiquée par M. le Dr Albert Robin, médecin des hôpitaux.) « J'ai observé récemment un homme de 64 ans, qui avait été soigné à l'étranger depuis plusieurs années pour une anémie rebelle à tous les traitements habituels. Il avait usé sans succès, je dirais même avec insuccès, du fer, des eaux martiales, de l'arsenic et des toniques. A son arrivée à Paris, il attira mon attention sur des besoins d'uriner qui se répétaient au point d'interrompre complètement son sommeil. Les mictions du matin étaient douloureuses, du moins un peu cuisantes. L'urine des vingt-quatre heures s'élevait à 2100 grammes avec une densité de 1016 et 19 gr. 28 d'urée. Elle renfermait 50 centigrammes d'albumine et beaucoup d'urohématine. Comme trouble de l'émission, elle laissait déposer un sédiment formé de globules blancs ou de quelques amas pigmentaires. De cet examen de l'urine on peut conclure que, chez ce malade, l'anémie était symptomatique d'une néphrite interstitielle jusque-là méconnue. Le régime lacté exclusif produisit les meilleurs résultats. La miction devint bientôt indolore et les nuits ne furent plus troublées par l'incessant besoin d'uriner. En même temps on vit diminuer, puis disparaître le dépôt de globules blancs et l'urine redevenit transparente. La proportion d'albumine ne fut pas modifiée.

« Ce malade avait eu douze ans auparavant une colique néphrétique ; il était de souche goutteuse, et pendant de longues années son urine avait laissé déposer un sédiment cristalloïde rougeâtre, probablement formé d'acide urique. »

Nous voyons ici la pollakiurie apparaître au début de la maladie et éveiller l'attention du malade. De plus, la douleur de la miction s'est manifestée également dès le commencement.

Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur cette observation dans le chapitre consacré à la pathogénie.

Rosenstein, dans son Traité des maladies des reins, cite quelques cas de pollakiurie disséminés au hasard dans son ouvrage. Ainsi, à propos de néphrite diffuse, il commence une observation en ces termes :

Samuel Richie, tailleur, âgé de 16 ans, fut pris, deux mois environ avant d'entrer dans mon service, d'envies d'uriner qui le forçaient à se relever trois ou quatre fois pendant la nuit.

Le mal de Bright se déroule ensuite, et la pollakiurie, qui a été le premier symptôme de la maladie, ne reparait plus.

Plus loin, à propos d'un cas d'urémie, il raconte que son malade, après avoir présenté quelques hémoptysies, ressentit des douleurs lombaires et des cuissons pendant la miction. Bientôt apparut un léger œdème aux pieds. Le malade mourut de sa néphrite. A l'autopsie, il n'y avait pas de tuber-

cules; les organes génito-urinaires étaient sains.

Enfin, dans une autre observation, à propos de dégénérescence amyloïde du rein, Roseinstein s'exprime ainsi : « La malade avait, en outre, remarqué que, depuis environ deux ans et demi, elle urinait beaucoup plus qu'à l'ordinaire, et fréquemment aussi pendant la nuit. L'autopsie ne découvrit aucune altération de la vessie.

DIAGNOSTIC ET VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS.

La pollakiurie, considérée isolément, n'a aucune signification précise, et n'est pas un symptôme pathognomonique; loin de là.

C'est un symptôme commun à un grand nombre d'affections, d'états morbides variés; quelquefois même elle se rattache, ainsi que nous le verrons, à des faits physiologiques.

Liée le plus ordinairement à la polyurie, elle est le triste apanage des maladies de la vessie et de la prostate, et le plus souvent attire l'attention du médecin sur des altérations probables de ces organes; ou bien, encore, le praticien songe tout d'abord à la glycosurie ou au diabète insipide.

A côté de ces faits communs, on en rencontre d'autres, plus rares, il est vrai, où la pollakiurie, associée ou non à la polyurie, reconnaît une tout autre cause.

Environnée de symptômes qui, chacun pris à part, n'ont aucune valeur séméiologique, mais qui, groupés, composent le diagnostic, elle a pu, dans certains cas, guider l'interrogatoire du médecin, et parfois même donner la première l'éveil.

Constater l'existence de la pollakiurie consiste surtout à la rechercher.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une affection indéterminée, mal dessinée encore, il est de règle d'examiner l'état des urines, de rechercher le sucre ou l'albumine. On s'occupe bien moins souvent des troubles de la miction. Si l'urine ne contient aucun principe anormal, si la quantité n'est pas sensiblement accrue, et que l'on soupçonne malgré tout une altération du rein, le fait de la miction fréquente ne constitue pas un symptôme banal; aussi ne devra-t-on pas manquer de questionner le malade à ce sujet, et de le prier de remarquer ce qui se passe de ce côté. Est-il obligé de se lever pendant la nuit? Combien de fois? Chaque miction est-elle abondante? Depuis combien de temps cela existe-t-il? Éprouve-t-il des douleurs en urinant, au début, pendant, ou à la fin de la miction? Voilà autant de questions utiles à poser, parce que la précision des réponses peut éclaircir le problème.

Rappelons-nous que la pollakiurie peut survenir dès le début du mal de Bright, ou dans la maladie confirmée; qu'elle peut être douloureuse. Chacun de ces caractères, précocité, retard et douleur, n'a pas la même importance.

La pollakiurie, au début, a une réelle valeur séméiologique; c'est elle que nous étudierons de préférence dans ce chapitre de diagnostic.

La pollakiurie tardive n'est qu'un symptôme de plus à ajouter à ceux déjà nombreux du mal de Bright.

La pollakiurie douloureuse ne tire sa valeur que de son époque d'apparition; simple épiphénomène quand

elle est tardive, elle constitue un symptôme important quand elle est précoce.

A. *Pollakiurie précoce.* — Nous comprenons dans ce chapitre tous les cas où les symptômes de l'affection à laquelle se rattache ce phénomène ne forment pas un ensemble caractéristique. Nous avons à mettre en parallèle ici un certain nombre de maladies locales et générales, comme la cystite tuberculeuse et le diabète, à leur période de début. C'est une tâche dont nous ne nous dissimulons pas les difficultés.

Mais, avant d'entrer dans le fond de cette question, nous devons mentionner certaines circonstances et certains états dans lesquels la pollakiurie est pour ainsi dire physiologique.

A cet effet, nous pouvons considérer deux conditions : ou bien la pollakiurie est récente, ou bien elle existe depuis un certain temps.

Parmi les pollakiuries passagères, intermittentes, qui n'apparaissent qu'à l'occasion de circonstances bien déterminées, nous mettons en premier lieu la pollakiurie que nous avons nommée physiologique, et dont nous ne parlons en quelque sorte que pour mémoire. Telles sont les mictions fréquentes qui s'observent passagèrement à la suite de l'ingestion de certains aliments : poissons de mer, crustacés, mets épicés, certaines boissons et certains fruits ; tels sont encore les besoins fréquents d'uriner qu'éprouvent les femmes au moment des époques menstruelles, au début de la grossesse. Quant à la polla-

kiurie qui se montre à la fin de la grossesse, nous savons qu'elle a son importance, car elle annonce ordinairement que le moment de la parturition n'est pas loin. N'oublions pas non plus de dire que l'usage de certains médicaments peut provoquer les mêmes troubles urinaires symptomatiques d'une inflammation, comme à la suite de l'emploi d'un vésicatoire ou de l'absorption d'une dose trop forte d'opium. Nous n'insisterons pas sur ces faits.

Lorsqu'un malade accuse depuis un certain temps de fréquents besoins d'uriner, nous devons nous livrer à un examen plus étendu et interroger d'abord son passé. Ce peut être le résultat d'anciennes affections des voies urinaires : blennorrhagie, cystite, etc.; ou d'affections chroniques du même ordre : blennorrhée, congestion de la prostate; ou de malformation congénitale : phimosis, hypospadias, etc.

Toute cause d'excitation siégeant sur le passage de l'urine, en occupant les organes de voisinage, peut expliquer la pollakiurie : varices vésicales, hémorrhoïdes, affections du rectum, métrites aiguës ou chroniques, déplacements du corps de l'utérus, antéversions ou antéflexions principalement, pelvi-péritonites chroniques, tumeurs ovariennes, tumeurs du petit bassin, affections organiques de l'utérus, reins mobiles, etc.; et, encore, la présence de parasites dans les voies digestives, surtout chez les enfants, en particulier les oxyures du rectum.

Le point capital est de s'attacher à reconnaître avec précision l'état des voies urinaires. Les cystites simples, aiguës ou chroniques, les cystites sym-

ptomatiques de la tuberculose vésicale, de la lithiase rénale, de la présence de la pierre ou du passage des graviers, enfin, les tumeurs de la vessie, doivent être recherchées avec soin à leur début, lorsqu'il n'existe que des symptômes fonctionnels ou des symptômes peu évidents. Si le malade, en effet, urine du pus, même en petite quantité, s'il a des hématuries où le sang se trouve mal mélangé avec l'urine, s'il existe une orchite tuberculeuse avec altération des canaux déférents de la prostate, s'il a eu des coliques néphrétiques, s'il expulse des sables ou des graviers, le diagnostic sera plus facile, ou du moins on ne s'égarrera pas à rechercher dans le rein une affection qui en est manifestement indépendante.

Mais, au contraire, il faut faire entrer en balance, avec certains symptômes des maladies que nous venons de nommer, ceux qui annoncent le mal de Bright. Nous n'avons pas l'intention de faire ici un diagnostic différentiel pour chacune des affections que nous avons en vue. Nous croyons plus simple de mettre dans un double tableau synoptique : d'une part, le groupe des symptômes du mal de Bright ; d'autre part, celui des symptômes des affections des voies urinaires; nous réservant toutefois, après avoir établi ce diagnostic général, d'insister tout particulièrement sur les affections que, dans la pratique, en ne considérant que le symptôme pollakiurie, on est le plus exposé à confondre avec le mal de Bright: nous voulons parler des cystites et prostatiques tuberculeuses, des calculs de la vessie et de l'hypertrophie de la prostate.

Symptômes prémonitoires du mal de Bright.	Symptômes rationnels communs avec les affections des voies urinaires.
Douleurs lombaires.	Tiraillements dans les régions lombaires.
Crampes.	
Troubles cutanés, démangeaisons.	Pesanteur hypogastrique, élancements dans les aines.
Affaiblissement de la vue avec ou sans œdème ou hémorrhagies rétinienne.	Douleurs vives au périnée. Démangeaisons de l'extrémité de la verge.
Affaiblissement du goût ou de l'odorat.	Ténesme vésical, rectal, besoins fréquents de défécation.
Epistaxis, saignement des gencives.	Mictions douloureuses. Emissions de quelq. gouttes
Sécheresse de la bouche et des fosses nasales.	d'urine sanguinolente à la fin de la miction.
Maux de tête.	Douleur pendant la marche.
Etouffements, dyspnée surtout la nuit, symptomatiques d'un œdème pulmonaire.	Pollakiurie nocturne (prostatique). Pollakiurie diurne (calcul.).
Palpitations de cœur, gastralgies, dyspepsies.	Hérédité (tuberculose). Etat général.
Pâleur de la face, œdème localisé des paupières, de la glotte, de la face interne des cuisses. Hypertrophie du cœur.	
Altérations athéromateuse des artères.	

A tous ces symptômes fonctionnels, il faut ajouter ceux que l'on pourra tirer de l'examen direct des organes génito-urinaires; c'est par le toucher vaginal et rectal, le palper ou les instruments spéciaux : sondes, spéculum, que l'on y parviendra. L'urètre, la vessie, la prostate chez l'homme, le vagin et l'u-

térus chez la femme, doivent être explorés minutieusement.

Pour conclure à une affection rénale, il faut être sûr de l'intégrité des voies urinaires.

Tous les symptômes que nous venons de donner n'ont qu'une valeur relative. Ils valent plus par leur accumulation que par leur poids ; aussi doit-on souvent se tenir en garde et suspendre son diagnostic.

Nous avons dit plus haut que nous voulions préciser davantage le diagnostic à l'égard de quelques altérations des organes génito-urinaires que l'on rencontre fréquemment dans la pratique.

Un des premiers symptômes de l'hypertrophie de la prostate est la polyurie passagère, puis persistante (Guyon). La miction est fréquente, surtout la nuit. Le matin, au réveil, elle est retardée et laborieuse ; la force de projection du jet est diminuée ; au début, la miction est souvent douloureuse ; la veille, la promenade atténue, ou font cesser les besoins d'uriner. Les journées sont d'autant meilleures que le malade reste moins stationnaire. Quelquefois il y a de l'incontinence. La langue est souvent sèche le matin, l'appétit est diminué. Les urines sont foncées et exhalent une odeur ammoniacale.

Le calculeux est souvent polyurique ; la miction est fréquente, surtout pendant la nuit.

La position debout, la marche, éveillent des besoins impérieux et répétés, bien plus marqués encore si le malade veut courir ou simplement hâter le pas ; lorsque le malade est assis, le calme commence. Des douleurs vives tourmentent le malade, il y a un état

douloureux continu ; cette douleur vive est quelquefois instantanée à la suite d'une secousse et disparaît au bout de quelque temps ; elle est irradiée vers les reins, les aines. Les douleurs se montrent souvent à la fin de la miction, les hématuries qui sont très fréquentes surviennent après une course et accompagnent les accès de douleurs.

Chez les malades atteints de cystite simple ou de cystite tuberculeuse, la marche et la voiture exagèrent aussi la fréquence des besoins d'uriner, mais le repos au lit n'a qu'une influence très relative sur le nombre des mictions qui sont au nombre de quatre ou cinq par nuit en moyenne. Les urines sont purulentes, ammoniacales et striées de sang. Les hématuries sont fréquentes et légères, et à la fin de la miction le malade rend quelques gouttes de sang. Chez le tuberculeux vésical, la cystite s'ajoute de bonne heure à l'hématurie : c'est la fréquence des mictions qui constitue le symptôme dominant.

Chez l'homme, à tous ces symptômes, s'ajoutent ceux de la tuberculisation des organes génito-urinaires qui parfois même est primitive.

L'orchite tuberculeuse chronique a ses caractères spéciaux. Le cordon spermatique est noueux sur le trajet du canal déférent. La prostate est douloureuse au toucher, on sent des nodosités sur la face postérieure de cette glande ; ces nodosités sont ramollies et donnent au doigt une sensation d'empâtement. Le malade a des mictions très fréquentes et douloureuses : c'est pour ainsi dire de l'incontinence ; le

sondage est très pénible. A ce point le diagnostic est évident.

Il est encore d'autres affections qui peuvent provoquer la pollakiurie ; aussi n'a-t-on pas vu le tabes dorsalis s'annoncer longtemps, même avant l'apparition des douleurs fulgurantes par des troubles urinaires ? Ne voit-on pas également la glycosurie s'annoncer de la même façon ? Souvent même c'est la fréquence de la miction plus que l'abondance des urines qui frappe et qui inquiète le malade, à cause des dérangements qui en résultent, surtout quand il s'agit de besoins nocturnes.

Nous savons encore que certaines affections cérébrales provoquent la pollakiurie et la polyurie,

Les physiologistes d'abord, les cliniciens ensuite, ont reconnu que les lésions du quatrième ventricule avaient cet effet.

B. Pollakiurie tardive. — Nous entendons par là, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la pollakiurie qui apparaît alors que le mal de Bright est déjà à une époque avancée de son évolution.

Nous savons que le rein peut être altéré depuis longtemps, sans que les symptômes habituels soient présents ; je veux dire l'albuminurie et les œdèmes : c'est ce qu'on peut appeler le mal de Bright latent.

Ce cas rentre plutôt dans le chapitre précédent.

Nous parlons des cas où l'affection rénale est reconnue : ce n'est plus alors une affaire de diagnostic, mais de pronostic. Nous avons à nous demander :

1^o Si la pollakiurie est simplement le résultat du mal de Bright;

2^o Si elle n'est pas l'indice d'une complication rénale, uréthrale, vésicale, etc., et quelle peut être cette complication.

3^o Quel effet elle peut avoir sur la marche de la maladie et quel pronostic elle impose.

Nous nous trouvons là en présence de difficultés sérieuses.

La pollakiurie est évidemment le résultat du mal de Bright, si les organes génito-urinaires examinés consciencieusement ne sont pas le siège d'une altération.

Nous n'avons pas envisagé chez l'homme et chez la femme les mêmes conséquences de l'accumulation ou du passage du liquide excrémentitiel.

Chez celle-ci, le canal uréthral est court, et ne traverse aucune glande volumineuse.

Chez celui-là, au contraire, la prostate a souvent déformé le canal de l'urèthre, et la base de la vessie ne se vide plus complètement,

Du reste, nous pouvons ajouter ici que pour savoir si le mal de Bright se complique d'affections autres des voies urinaires, nous renvoyons à l'étude « diagnostic » que nous avons faite plus haut.

D'une façon générale nous croyons pouvoir dire que la pollakiurie tardive, celle qui survient dans le mal de Bright, s'entend, n'aggrave pas sensiblement le pronostic, bien qu'au moins elle annonce une intolérance du canal vésical.

A ce titre doit-on être moins confiant dans l'ave-

nir et s'attacher à prévenir des complications inflammatoires? Nos observations ne justifient pas ces craintes.

C. *Pollakiurie douloureuse*. — La pollakiurie douloureuse ne présente rien de bien spécial au point de vue diagnostique et séméiologique.

Apparaissant au début du mal de Bright, alors que le malade ne présente ni œdème, ni albuminurie, elle tire comme la pollakiurie simple son importance de son époque d'apparition.

Il peut se faire même qu'elle ait plus de valeur que celle-ci et voici pourquoi. Certains malades, observateurs insoucians d'eux-mêmes, se lèvent souvent la nuit pour uriner sans que cette fréquence de la miction les préoccupe le moins du monde; aussi ne consultent-ils pas le médecin pour cette pollakiurie qu'ils mettent sur le compte des boissons, de l'âge, etc. Il n'en sera plus de même quand la miction devenant douloureuse, le malade se croira atteint d'une maladie de la vessie. La pollakiurie douloureuse a peut-être ainsi plus de valeur diagnostique que la pollakiurie simple, mais elle n'a pas de valeur séméiologique plus grande.

Nous n'avons jamais vu, dans les observations, que l'une ou l'autre ait été le prélude d'altération vésicale. En est-il toujours ainsi? Nous n'osons pas l'affirmer.

Assurément il doit se trouver des coïncidences où le mal de Bright évolue en même temps qu'une cystite ou une prostatite: nous renvoyons en pareil

cas le lecteur au diagnostic que nous avons étudié plus haut.

La pollakiurie douloureuse au début d'un mal de Bright est passible des mêmes symptômes différentiels que la pollakiurie simple, et à ce propos en terminant ce travail nous ne voulons pas omettre de mentionner les cas où la néphrite est la conséquence directe d'une lésion vésicale.

Etant donnée une néphrite, les troubles d'excrétion qui existent depuis longtemps et qui ont devancé les symptômes ordinaires du mal de Bright dénotent-ils une altération vésicale ancienne, autrement dit cette altération a-t-elle précédé celle du rein ?

PATHOGÉNIE.

Ce chapitre sera très court. Les opinions que nous allons donner pour expliquer la pollakiurie sous ses différents aspects sont de pures hypothèses.

La polyurie qui est un trouble de sécrétion et regarde le rein a été interprétée de différentes façons : nous n'avons pas à en parler.

La pollakiurie au contraire est un phénomène pathologique essentiellement vésical. C'est un trouble d'excrétion.

Pourquoi voit-on cette fréquence des mictions dans le mal de Bright; pourquoi souvent l'émission des urines est-elle douloureuse?

Nous ne pouvons que citer ici les explications données par M. le Dr Dieulafoy :

La pollakiurie est le résultat de l'excitation de la muqueuse et du plan musculaire de la vessie ; quand le col est en cause, à la fréquence des mictions se joint de la douleur.

Il y aurait là un certain point intéressant à étudier. La muqueuse ne présente-t-elle aucune altération ? S'agit-il simplement d'un phénomène nerveux ? Les muscles de la vessie ont-ils leur structure normale et plus tard, quand le symptôme persiste pendant de longs mois, n'y-a-t-il pas hypertrophie, par exemple?

A l'appui de cette dernière hypothèse, nous pouvons citer la phrase écrite par M. le D^r Lecorché dans son *Traité des maladies des reins*, page 196 : « Les mictions sont parfois si fréquentes, dit-il, qu'elles provoquent lorsqu'elles ont duré longtemps une hypertrophie des parois vésicales qu'on constate à l'autopsie. »

La seule autopsie de brightique que nous ayons pu faire n'a malheureusement pas été complète à ce point de vue, l'examen histologique de la vessie n'ayant pas été pratiqué.

M. le D^r Albert Robin dans une communication faite en 1878 à la Société de biologie sous le titre de : *Note sur deux nouveaux signes de la néphrite interstitielle*, avait signalé la présence dans l'urine d'urohématine. Le repos laisse déposer dans le vase des sédiments floconneux, blanchâtres, constitués presque exclusivement par des globules blancs avec quelques amas pigmentaires.

Ainsi qu'on peut le voir en lisant l'observation n° XIII qu'il a eu la bonté de rédiger pour nous, M. le D^r A. Robin a émis l'opinion que la pollakiurie pouvait bien être due à une altération légère de la vessie, altération causée par un changement de composition de l'urine ; et à ce propos il se demande si les éléments suivants : acide urique, oxalique, graviers, urohématine que l'analyse a révélés chez son malade, ne sont pas la cause directe de cette irritation.

En effet son malade est goutteux et il le fait remarquer lui-même. Or, en supposant que son malade

soit pollakiurique parce qu'il a une altération de la vessie, qu'est-ce que cela prouve? Que la cystite n'est pas incompatible avec le mal de Bright. Mais s'ensuit-il que tous les cas de néphrites albumineuses, où la pollakiurie figurera parmi les symptômes, seront compliqués d'altération vésicale? Pas le moins du monde : dans beaucoup de nos observations, les urines étaient limpides et non irritantes. Notre opinion est que, dans les néphrites goutteuses, les troubles de la miction peuvent être le résultat d'une altération de la vessie, et c'est le cas de M. le Dr A. Robin.

Pour expliquer comment a lieu l'excitation vésicale, le même embarras se présente. S'agit-il, se demande M. le Dr Dieulafoy, de modifications dans la composition des urines? Mais la pollakiurie, ajoutet-il, se manifeste souvent au début du mal de Bright alors que l'examen des urines ne décèle rien d'anormal.

Manifestement la quantité des urines est hors de cause : nous avons vu souvent des malades pollakiuriques au début, urinant 800 à 1,000 grammes par jour, cesser de l'être quand la polyurie apparaissait. Chez d'autres, l'inverse a eu lieu.

S'agit-il enfin, comme le veut Frerichs, d'un réflexe, qui parti du rein, aboutirait à la vessie? Pour cet auteur, ce besoin d'uriner serait de même nature que celui que provoquent les calculs rénaux. Il tiendrait à une irritation sympathique des nerfs de la vessie.

Telle est la question que se pose sans la résoudre

notre excellent maître. Ce phénomène s'observe, il est vrai, dans la colique néphrétique par exemple, alors que le calcul irrite les parois de l'urèthre. En est-il de même dans les néphrites albumineuses où souvent ces troubles excrétoires apparaissent au début de l'altération rénale ?

CONCLUSIONS.

1° La pollakiurie est un trouble d'excrétion caractérisé par la fréquence des mictions. Elle est indépendante de la quantité des urines, celle-ci pouvant être augmentée, diminuée ou simplement normale.

2° La pollakiurie est un symptôme fréquent du mal de Bright; elle s'y présente à différentes époques et sous différents aspects; elle est précoce ou tardive, et, dans chaque cas, elle peut être douloureuse.

3° La pollakiurie précoce constitue un symptôme important et d'une haute valeur séméiologique; elle coïncide avec les troubles des sens, les démangeaisons, les battements du cœur, les épistaxis, etc., et peut parfois précéder les œdèmes légers des paupières et mettre à elle seul le médecin sur la voie du diagnostic.

4° La pollakiurie tardive n'est qu'un symptôme de plus ajouté à ceux du mal de Bright.

5° La pollakiurie douloureuse, qu'elle soit précoce ou tardive, ne tire son importance que de son époque d'apparition; en tant que simple épiphénomène, sa valeur pronostique intrinsèque est nulle.

6° La pollakiurie douloureuse ou non douloureuse

ne doit être mise sur le compte du mal de Bright qu'alors qu'un examen attentif et répété aura éliminé les affections d'autre nature des voies urinaires.

7° La pollakiurie semble due à l'excitation de la muqueuse et des muscles du corps de la vessie.

Quand le col est en cause, la pollakiurie devient douloureuse.

8° La cause qui produit cette excitation tient-elle au changement de composition des urines ou dépend-elle d'un acte réflexe ayant le rein pour point de départ ? Il est impossible de se prononcer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ALIBERT. — Symptômes du mal de Bright, thèse de Paris, 1880.

CHARCOT. — Maladies du foie et des reins, 1880.

CHRISTISON. — On granular degeneration of the kidneys, p. 26, London, 1839, et Edimb. medic. and surg. journ., vol. XXXVII.

DIEULAFOY. — Gazette hebdomadaire, mai 1882.

DICHINSON. — On the pathology and treatement of albuminuria. London, 1868.

JACCOUD. — Pathologie interne, 1875.

JOHNSON. — Of the anatomy and pathology of Bright's disease. Medical Times, 1845.

LABADIE-LAGRAVE. — Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie, art. Rein.

LANCEREAUX. — Dict. encycl. des sc. méd., art. Rein,

LECORCHÉ. — Traité des maladies des reins, 1875.

NIEMEYER. — Pathologie interne.

PASKER. — Medical Times, 1852. (Conditions of the urine in two cases of chronic Bright's disease.)

PHISALIS. — De la néphrite interst. aiguë. Thèse de Paris, 1877.

A. ROBIN. — Bull. de la Soc. de biologie, 1878.

ROSENSTEIN. — Traduction de Labadie-Lagrave et Bottentuit, 1874.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

-
- Anatomie et histologie.* — Des os du membre supérieur.
Physiologie. — Usage du nerf facial.
Physique. — De la loupe.
Chimie. — Du chloroforme.
Histoire naturelle. — Des solanées vireuses.
Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.
Pathologie interne. — De la broncho-pneumonie.
Pathologie générale. — Des hémorrhagies.
Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.
Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.
Pharmacologie. — De la composition chimique du lait et des œufs ; décrire les préparations dont ils sont la base et en faire connaître la composition.
Thérapeutique. --- Dans quels cas les balsamiques sont-ils indiqués ? Ces médicaments ont-ils une action spéciale ?
Hygiène. — Des eaux potables.
Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote ? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer ?
Accouchements. — De l'éclampsie pendant la grossesse et pendant le travail de l'enfantement.
-

Vu, bon à imprimer,
Le président de la thèse :
PETER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.